

FONDO DE INDEMNIZACION PARA EVENTOS MEDICOS CATASTROFICOS

El Servicio Médico cumpliendo con su principio de **Solidaridad**, otorga a los Socios el aporte del Fondo de Indemnización para Eventos Médicos Catastróficos – FIEMC cuya última modificación reglamentaria aprobada por el Directorio del período al año 2021. En el encontrarán los detalles generales y como opera este Fondo Catastrófico.

REGLAMENTO

FONDO DE INDEMNIZACIÓN EVENTOS MEDICOS CATASTRÓFICOS (FIEMC)

Revisión: 3

Fecha: 20/07/2021

Artículo N° 1 BENEFICIO

En enero de cada año, se entregará una única bonificación complementaria a los socios, por la parte de los gastos médicos cargados en su Cuenta Corriente en SERMECAP y los gastos financiados por ellos deducida la bonificación correspondiente, durante el año calendario inmediatamente anterior, según lo establecido en el presente reglamento.

Artículo N° 2 CONSTITUCION DEL FONDO

El fondo se constituye cada año con los aportes mensuales de los socios, equivalentes al 0.02% del Sueldo Base Categoría 1 CSH, que se les descuenta de sus liquidaciones de sueldo. Este fondo se utilizará en primera instancia para el Seguro de Desgravamen, que cubre el saldo de la cuenta corriente en SERMECAP de los socios fallecidos durante el año inmediatamente anterior y que se opera con un reglamento específico. El saldo remanente, se destina al beneficio que otorga el FIEMC.

El fondo anual puede incrementarse con excedentes de años anteriores.

El Directorio tendrá la facultad de suspender temporalmente los aportes mensuales de los socios por el resto del año calendario, cuando el fondo acumulado supere en más de 33% al valor total de la última bonificación otorgada por el fondo.

Artículo N° 3 BENEFICIARIO

El socio, por los gastos cargados en su Cuenta Corriente en SERMECAP y los gastos financiados por él deducida la bonificación correspondiente, originados por atenciones a sus beneficiarios y contenidos en los registros del Servicio.

Artículo N° 4 COBERTURA

Se bonificarán exclusivamente los Gastos Médicos relacionados con:

- Intervenciones Quirúrgicas
- Tratamientos Médicos Hospitalarios
- Tratamientos Médicos Ambulatorios de: Radioterapia, Quimioterapia y Hemodiálisis.
- Medicamentos incluidos en el listado del Botiquín Oncológico de la Corporación Nacional del Cáncer.

Se considerarán como Gastos Médicos relacionados, los necesarios para el diagnóstico, tratamiento y posterior control del evento médico catastrófico.

Para que las prestaciones indicadas anteriormente en el presente Artículo reciban bonificación del FIEMC, es requisito que hayan sido bonificadas previamente al aplicar el Reglamento de Beneficios de SERMECAP.

Artículo N° 5 BONIFICACIÓN, DEDUCIBLE Y MONTO MÁXIMO DEL BENEFICIO

Se bonificarán los Gastos Médicos cargados en la Cuenta Corriente del socio en SERMECAP y los gastos financiados por él deducida la bonificación correspondiente, asociados a las prestaciones indicadas en el Artículo N° 4 de este reglamento. La bonificación tendrá un deducible equivalente a 2,66 Sueldos Bases Categoría 1 C.S.H., el que se aplicará por una sola vez para todos los gastos médicos asociados al diagnóstico, tratamiento y posterior control de un mismo evento médico catastrófico. Si éstos se extienden por más de un año, a partir del segundo año no se aplica el deducible.

El monto máximo de la bonificación anual será el equivalente a 66.67 Sueldos Bases Categoría 1 C.S.H., vigente al 31 de Diciembre de cada año.

En el caso que un socio o un ex-trabajador haya recibido bonificación del FIEMC y con posterioridad su institución de salud previsional diera una cobertura adicional a prestaciones consideradas en el cálculo de la bonificación ya otorgada por el FIEMC, el socio o el ex-trabajador estará obligado a devolver el exceso de bonificación, considerando la cobertura final que dio su institución de salud previsional.

Artículo N° 6 DISTRIBUCIÓN DE LOS BENEFICIOS

El saldo del FIEMC que resulte después de aplicar el Seguro de Desgravamen, se distribuirá en enero de cada año según lo establecido en los Artículos N°4 y N°5 de este reglamento, para los gastos médicos cargados en la cuenta corriente de los socios y los gastos financiados por ellos deducida la bonificación correspondiente, durante el año inmediatamente anterior. En la eventualidad que el FIEMC no alcanzará a cubrir la totalidad de estas bonificaciones, el FIEMC disponible se distribuirá entre los socios en forma proporcional a la bonificación calculada para cada uno de ellos.

Artículo N° 7 DISTRIBUCIÓN DE EXCEDENTES DEL FIEM

Si una vez efectuada la distribución del FIEM existiera un excedente, será facultad del Directorio distribuirlo parcial o totalmente, mediante la disminución del deducible establecido en el Artículo N°5 del presente reglamento. Si la distribución del excedente fuera parcial, el saldo pasará a incrementar el FIEM del año siguiente.

Artículo N° 8 LÍMITES DE COBERTURA

- 8.1. Cuando por cualquier causal la Institución de Salud previsional a la cual el socio se encuentre afiliado, no bonifique las prestaciones médicas mencionadas en el Artículo 4 y estas se encuentren codificadas, para efectos del cálculo del monto de la bonificación a asignar, se considerarán como efectuadas.
- 8.2. Cuando se trate de Honorarios Médicos, el FIEM bonificará un monto máximo de 5 veces el Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud Nivel 1, de la Ley N° 18.460, considerando el código de la prestación que les dio origen.
- 8.3. Para Intervenciones Quirúrgicas y/o Tratamientos Hospitalarios que involucren días cama realizados fuera de la Región del BíoBío, el valor máximo de cobertura del día cama será el máximo de los valores cobrados por el Hospital Clínico del Sur, Sanatorio Alemán, Clínica Universitaria y Clínica BíoBío. Se distinguirán límites de cobertura distintos para el valor día cama en pieza individual y para el valor del día cama en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para este efecto, el día cama en la Unidad de Tratamientos Intermedios (UTI) tendrá el mismo valor límite de cobertura que el de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- 8.4. Cuando se trate de procedimientos necesarios para el implante de prótesis, éstos serán cubiertos hasta un máximo de 20 veces el Arancel Régimen de Prestaciones de Salud Nivel 1 de la Ley N° 18.460. En el caso del Instrumental para Fijación de Columna, la cobertura anterior se aplicará para cirugías de Fusión de Vertebrae de un nivel. Para cirugías con nivel de Fusión de Vertebrae mayor a uno, la cobertura anterior se multiplicará por el factor que se indica en la siguiente tabla:

<u>Nivel de Fusión de Vertebrae</u>	Factor de Amplificación del Límite de Cobertura para Instrumental de Fijación de Columna
1	1,000
2	1,333
3	1,667
4	2,000
5	2,333
6	2,667
7	3,000
8	3,333
9	3,667
10	4,000
11	4,333
12	4,667
13	5,000

El Nivel de Fusión de Vertebras se calculará mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Nivel de Fusión de Vertebras} = (\text{Número de Tornillos Pediculares} - 2) / 2$$

Para cirugías con nivel de fusión de vertebras superior a 13, el factor de amplificación se obtendrá extendiendo la serie de la tabla anterior.

Para acreditar el nivel de fusión de vertebras de la cirugía, el socio deberá presentar un informe emitido por el establecimiento de salud donde se realizó la intervención quirúrgica, con el detalle del instrumental de fijación de columna utilizado. De no hacerlo, se aplicará la bonificación correspondiente a cirugías de Fusión de Vertebras de un nivel.

- 8.5. Para Intervenciones Quirúrgicas y/o Tratamientos Hospitalarios realizados en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional, los montos máximos de cobertura establecidos en los numerales 8.2, 8.3 y 8.4 podrán duplicarse, previa autorización del Directorio que validará la justificación por la cual la prestación se realizó fuera del país.

Artículo N° 9 REQUISITOS

- 9.1. No haber sido sancionado, a lo menos 12 meses antes de la distribución del beneficio.
- 9.2. Estar al día en sus reintegros y aportes de cuotas sociales y familiares, al momento en que se distribuya la bonificación anual del FIEMC. Se faculta al Directorio para omitir este requisito.

Artículo N° 10 EXCLUSIONES

Tratamientos odontológicos.

Artículo N° 11 VIGENCIA

Este beneficio comienza a regir el primer día hábil del mes siguiente al pago de la segunda cuota de incorporación del socio de SERMECAP.

Hernán del Valle Aranda
Presidente

Edda Mardoff Peirano
Secretaria

Alexis Mosquera Bórquez
Protesorero

Manuel Salina Rebolledo
Director

Filippo Bustos Loyola
Vice Presidente

Jorge Provoste Villalón
Tesorero

Víctor Vásquez Sepúlveda
Director

MODIFICACIONES INTRODUCIDAS AL REGLAMENTO DEL FIEMC EN DICIEMBRE 2017

Artículo: Beneficio Se mejora redacción y se fusiona con el Artículo 2

Artículo: Objetivo Se elimina

Artículo: Constitución del Fondo En el aporte mensual de los socios al FIEMC, se disminuye el porcentaje del Sueldo Base de la Categoría 1 desde 3% a 2%, para neutralizar el efecto de la incorporación de la gratificación al antiguo sueldo base. Se agregó que la constitución del fondo anual puede incrementarse por excedentes de años anteriores.

Artículo: Beneficiario Se mejora redacción.

Artículo: Cobertura Se detallan los tratamientos médicos ambulatorios incluidos en la cobertura. Se agrega la cobertura para Medicamentos incluidos en el listado del Botiquín Oncológico de la Corporación Nacional del Cáncer, que en la práctica se estaba haciendo. Se agrega como requisito para que las prestaciones indicadas en este artículo reciban bonificación del FIEMC, el que hayan sido bonificadas previamente al aplicar el Reglamento de Beneficios de SERMECAP.

Artículo: Bonificación, Deducible y Monto Máximo del Beneficio (Anteriormente Tope del Beneficio) Se modifica la fórmula para calcular el deducible y monto máximo de cobertura, expresada como porcentaje del Sueldo Base de la Categoría 1, para neutralizar el efecto de la incorporación de la gratificación al antiguo sueldo base. Se agregó que el deducible se aplicará por una sola vez para todos los gastos médicos asociados al diagnóstico, tratamiento y posterior control de un mismo evento médico catastrófico. Si éstos se extienden por más de un año, a partir del segundo año no se aplica el deducible. Se agrega la exigencia para el socio de devolver el exceso de bonificación dada por el FIEMC, en el caso que con posterioridad, la institución de salud previsual le otorgue una cobertura adicional a la dada inicialmente para prestaciones consideradas en el cálculo de la bonificación del FIEMC.

Artículo: Distribución de los Beneficios Se mejora redacción y se indica que el monto que se distribuye corresponde al saldo del FIEMC que resulta después de aplicar el Seguro de Desgravamen Artículo: Distribución de Excedentes del FIEMC (Anteriormente Facultad del Directorio) Se acota la facultad del Directorio para decidir la utilización de eventuales excedentes anuales del FIEMC, a su distribución parcial o total, mediante la disminución del monto deducible establecido en el Artículo N°5. Se elimina el párrafo que declaraba la facultad del directorio para revisar el detalle de los gastos relacionados con las prestaciones bajo cobertura del FIEMC dado que no es necesario. Esta tarea la realiza la administración de SERMECAP al aplicar las bonificaciones correspondientes al Reglamento de Beneficios.

Artículo: Limitantes (Límites de Cobertura) Se eliminan los numerales relacionados con limitación de coberturas a determinadas prestaciones, debido a que en el Artículo Cobertura se agregó como requisito que la prestación debe ser bonificada previamente al aplicar el Reglamento de Beneficios. Para intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos con hospitalización fuera de la Región del Bío Bío (faltaba este texto), se elimina el límite de cobertura para un máximo de 50 días de hospitalización. Para establecer el valor máximo de cobertura para el día cama, se actualizan las instituciones de salud de la Región del Bío Bío que se consideran para establecer el valor de referencia. Se cambia el valor de referencia desde el promedio al valor máximo. Adicionalmente, para este efecto se introduce la distinción entre día-cama en habitación normal individual y día cama en la UCI. En el implante de prótesis, se aumenta el límite de cobertura para instrumental de fijación de columna, en función del nivel de fusión de vértebras que incluya la intervención quirúrgica. Artículo: Requisitos Se elimina el requisito de tener la calidad de socio de SERMECAP dado que es redundante con lo establecido en artículos previos. Se faculta al Directorio para omitir la restricción que el socio debe estar al día con el pago de reintegro de deuda que establece el Reglamento de Beneficios (en la práctica siempre se ha omitido).

Artículo: Exclusiones Se eliminan la exclusión para los partos normales. Se elimina la exclusión a prestaciones específicas dado que ya no es necesario, porque en el Artículo Cobertura se agregó como requisito que la prestación debe haber sido bonificada previamente al aplicar el Reglamento de Beneficios.